

6-й СЪЕЗД ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

гитов дисперсность корковых ВМО наблюдалась в 54% случаев (14 из 26), в группе контроля — в 39% случаев (9 из 23). Снижение амплитуды корковых ВМО с рук ниже 2 мВ наблюдалось в группе контроля в 39% случаев (9 из 23), в группе серозных менингитов — в 73% случаев (19 из 26); с ног ниже 1 мВ в группе контроля в — 47% случаев (11 из 23), в группе серозных менингитов — в 69% случаев (18 из 26). Удлинение латентности корковых ВМО более 40 мс с ног в группе контроля не встречалась ни разу, в группе серозных менингитов — в 15% случаев (4 из 26). ВЦМП с ног превышала 20 мс в группе серозных менингитов в 12% случаев (3 из 26), в группе контроля — ни в одном случае. Асимметрия ВЦМП более 2 мс зарегистрирована в 1 случае в группе серозных менингитов (3%), в группе контроля ни в одном случае. Порог возникновения ВМО был повышен выше 90% в 47% случаев в группе контроля (11 из 23) и в 70% случаев в группе серозных менингитов (18 из 26).

В группе серозных менингитов по сравнению с группой контроля отмечалась тенденция к более низкой амплитуде коркового ВМО, удлинению латентности корковых ВМО с ног; большей разнице ВЦМП при измерении с ног. При анализе каждого конкретного случая выявлено, что в группе серозных менингитов чаще регистрировалось выраженное снижение амплитуд ВМО, повышение их порога выше 90%. Дисперсность ВМО в группах контроля и менингитов была сравнимой.

Выводы. После перенесенного серозного менингита у части пациентов (69—73%) наблюдаются изменения диффузного характера, характерные для нарушения возбудимости мотонейронов коры (снижение амплитуд вызванных моторных ответов), которые, учитывая значительный срок, прошедший с момента прекращения клинической симптоматики (4—5 недель), также могут расцениваться как признаки снижения их количества (атрофические изменения). Признаки поражения аксонов (значительное удлинение латентностей ВМО) регистрируются у 12—15% пациентов. Выявляемая у пациентов дисперсия проведения по моторным путям сравнима с таковой у группы контроля и может быть объяснена не закончившейся миелинизацией центральных моторных путей. Можно предполагать, что перенесенный серозный менингит вызывает у части пациентов поражение вещества головного мозга, сохраняющееся в течение 4—5 недель после прекращения клинической симптоматики; это поражение связано со снижением функциональной активности нейронов и, возможно, частичной их гибелью. Вопрос о природе и распространенности данного явления является предметом дальнейшего изучения.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПАРАТИТОЗОВ И ПРЕПОДАВАНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА ДОДИПЛОМНОМ И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЕ

Гаврилова Е.П., Нечаев В.В.

Северо-Западный Государственный медицинский университет

*им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Эпидемическая обстановка в мире и РФ продолжает оставаться чрезвычайно напряженной вследствие глобализации эпидемического процесса [1]. Особенно неблагоприятная ситуация по заболеваемости паразитарными и инфекционными болезнями складывается в странах жаркого пояса, где по-прежнему отмечается высокий уровень пораженности населения протозоозами, тропическими гельминтозами и целым рядом других инфекционных болезней бактериальной и вирусной природы.

Расширение экономических связей, торговли, туризма, увеличение миграционных процессов приводят к учащению случаев завоза инвазий и инфекций из стран тропического пояса на территорию нашей страны, что приводит к угрозе распространения малярии, диарейных заболеваний, брюшного тифа а также ряда экзотических лихорадок и др. В этой связи из-за отсутствия в нашей стране специализированной службы, аналогичной Travelmedicine, существующей практически во всех развитых странах мира, больные с тропической патологией обращаются к специалистам дерматологического, хирургического, терапевтического профиля и не получают нужной квалифицированной помощи, поскольку последние не имеют специальной подготовки ни в ВУЗах, ни на последипломном уровне по тропической медицине. Указанное обстоятельство часто приводит к ошибкам врачей в постановке правильного диагноза, симптоматическому лечению без положительного результата, иногда к ухудшению состояния здоровья пациента. Пострадавшие тратят много времени на безрезультативное обращение и хождение по врачам, пока случайно не попадут к специалисту.

Мы имеем достаточно богатый опыт такой практики, поэтому приводим несколько примеров грубых ошибок в диагностике паразитарных тропических болезней.

Больной Г. 51 года, провел отпуск в Венесуэле, путешествуя по джунглям с группой туристов. Через 3—4 недели после возвращения домой обнаружил на пальце ноги небольшой бугорок с корочкой на вершукке и обратился к дерматологу КВД. Поставлен диагноз «грибковое поражение кожи» и назначено лечение в соответствии с диагнозом. Состояние больного ухудшилось. На месте бугорка появилась язва размером 2,5×3,5 см., окруженная плотным болезненным инфильтратом. Снова началось хождения по врачам. Наконец, больной был осмотрен хирургом и с диагнозом «трофическая язва» госпитализирован в стационар. Несмотря на активно проводимое лечение, язва не заживала, отек достиг колена. Больной передвигался лишь с помощью костылей. Диагноз «кожный лейшманиоз Нового Света» подтвержден обнаружением лейшманий в инфильтрате язвы сотрудником нашей кафедры.

Студент из Нигерии М., 23 года, неоднократно поступал в клинику кожных болезней с жалобами на сильный зуд и полиморфные высыпания по всему телу. Был поставлен диагноз «нейродермит» и назначено лечение. Однако выздоровление не наступило. При очередной госпитализации пациента

на консультацию приглашен сотрудник нашей кафедры, который обнаружил у больного все симптомы тропического гельминтоза — онхоцеркоза с наличием паразитарных узлов, лимфаденопатии, поражения глаз. Нестерпимый кожный зуд — один из типичных симптомов онхоцеркоза, который французы называют «филяриозной чесоткой», трактовался дерматологами как нейродермит.

Студент З. из Гвинеи, 25 лет, находился в клинике с диагнозом «висцеральный сифилис» с резко положительной реакцией Вассермана. Проводимое этиотропное лечение положительного результата не приносило. После консультации сотрудником нашей кафедры поставлен диагноз «хронический мочеполювой шистосомоз», подтвержденный обнаружением яиц мочеполювой шистосомы в осадке мочи.

В последние годы на кафедру обращались туристы, отдыхавшие в Таиланде, Вьетнаме, Тунисе, Китае и на Кубе, со специфическими поражениями кожи различной локализации, У всех из них диагностировано поражение кожи, обусловленное Ларва мигранс — личинками гельминтов животных. Сам диагноз не представляет сложности, но пострадавшие тратят много времени в поисках специалистов, который могли бы им оказать квалифицированную помощь, так как врачи практики не знакомы с этой патологией.

Перечень ошибок врачей в вопросах диагностики паразитарных болезней можно было бы продолжать. Существующее положение является прямым следствием слабой подготовки медицинских работников по вопросам тропической патологии. Для исправления этого положения необходимы изменения в учебных программах подготовки специалистов на додипломном и последипломном уровнях. Сложившаяся неблагоприятная ситуация требует введения отдельного курса по тропической медицине при подготовке медицинских работников на всех уровнях.

В настоящее время в России разработана современная программа по тропической медицине (Тихонова Д.В., Черникова ЕА.), отвечающая требованиям Болонской декларации, Она включает 7 модулей по разным разделам тропической медицины, предусматривает существенное увеличение часов преподавания тропической медицины на додипломном и последипломном уровнях.

В 1988 году в Ленинградском санитарно-гигиеническом медицинском институте (ЛСГМИ) была создана кафедра тропической медицины для подготовки иностранных студентов из стран жаркого климата. Кафедра успешно функционировала в течение 24 лет и занималась подготовкой не только иностранных учащихся, но и отечественных студентов по вопросам тропической патологии. На кафедре успешно проводились циклы ФПК для преподавателей кафедр инфекционных болезней, осуществлен первый цикл тематического усовершенствования врачей лечебного и санитарно-эпидемиологического профиля. В 2011 году новая администрация Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова ликвидировала кафедру тропической медицины, объединив ее с коллективом кафедры инфекционных болезней, а с 1 сентября 2013 года тропическая медицина ликвидирована как предмет. Разрушен хорошо поставленный учебный процесс, полностью обеспеченный методическими разработками,

пособиями для студентов по всем темам, большим количеством демонстративного материала (макро и микропрепараты), светотехникой для паразитологической диагностики. К сожалению, и это главное, нам некому передать накопленный опыт преподавания тропической медицины и те знания, так необходимые практическим врачам.

Литература

1. Брико Н.И., Покровский В.И. Глобализация и эпидемический процесс // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2010. — № 4. — С. 6.

О ПРОБЛЕМЕ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Галькевич Н.В.¹, Млявая О.Ю.²

1. УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь
2. УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск, Беларусь

Токсоплазмоз в настоящее время представляет серьезную проблему для здравоохранения ввиду убиквитарности инвазии, высокой пораженности населения токсоплазмами, возможности внутриутробного поражения плода, высоким удельным весом поражений органа зрения с нарушением его функции и относительно частым развитием тяжело текущих рецидивов (обострений) у больных иммунодефицитами [1].

Целью исследования явился эпидемиологический и клинико-лабораторный анализ токсоплазмоза у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ инфицированности и заболеваемости токсоплазмозом населения РБ за 2002—2012 гг. по данным ГУ «РЦГЭиОЗ». Изучены 7 историй болезни детей с врожденным токсоплазмозом (1-я группа) и 18 историй болезни детей с приобретенным токсоплазмозом (2-я группа), которые получали лечение и/или находились на диспансерном учете в УЗ ГДИКБ г. Минска и детском кардиохирургическом отделении РНПЦ «Кардиология» в период с 2007 по 2013 гг. Критериями включения пациентов в исследование были: клинические проявления и сведения о положительных результатах серологических (ИФА) и/или молекулярно-генетических (ПЦР) тестов на наличие токсоплазмоза. Проведена оценка клинических симптомов, данных лабораторных и инструментальных исследований, осмотров врачами-специалистами в динамике. Также методом анкетирования путем интервьюирования опрошено 100 матерей, находившихся в УЗ «ГДИКБ» по уходу с целью изучения информированности населения о токсоплазмозе. Результаты обработаны при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным ГУ «РЦГЭиОЗ», в Республике Беларусь показатель инвазированности среди всех обследованных лиц (т.е. число серопозитивных случаев) в течение последних 8 лет находится на уровне от 20,6 до 31,7%. В 2012 серопозитивными оказались 71712